Lane Medical Library

Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr.

Fieber und Todesfälle im Wochenbett

in der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr. während der Jahre 1893–1897.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe,

vorgelegt und nebst den beigefügten Thesen

öffentlich verteidigt

Freitag den 27. Mai 1898, vormittags 11 Uhr,

von

Curt Lachmanski,
prakt. Arzt.

Opponenten:

Herr **Eberhard Margulies,** prakt. Arzt.
Herr Dr. **Max Bukofzer,** prakt. Arzt.

Königsberg i. Pr.
Hartungsche Buchdruckerei.

Meinen teuren Eltern

in dankbarer Liebe.

Bei der einheitlichen Aufgabe einer Entbindungsanstalt ist die Statistik eine wertvolle und dringende Forderung. Sie giebt zunächst einen lehrreichen Überblick über die Vorkommnisse an der betreffenden Anstalt. Dann zeigt sie im allgemeinen, welchen Einfluss die immer strenger werdenden Massnahmen der Desinfektion auf die Mortalitäts- und Morbiditätsziffern der Gebärhäuser haben. Und schliesslich ist sie im speziellen eine vortreffliche Kontrolle der betreffenden Anstalt, die erkennen lässt, ob die eingeführte Desinfektionsordnung rigoros genug und zweckentsprechend ist, ob die an dem betreffenden Institut Beschäftigten, seien es Angestellte, seien es Lernende, sich streng an die bestehenden Vorschriften halten und ob die hygienischen Verhältnisse des Hauses derart sind, dass sie der Gebärenden und der Entbundenen vollen Schutz gewähren.

Aus der Königsberger Universitätsfrauenklinik ist seit Dohrns vielbeachteter Arbeit „Zur Kenntnis der Mortalität in den öffentlichen Entbindungsanstalten Deutschlands während des Decenniums 1874—1883“ (Zeitschrift für Geburtshilfe Bd. 12, Pg. 121), in der er unter die Mortalitätsziffern von 47 deutschen öffentlichen Entbindungsanstalten auch die der Königsberger Universitätsfrauenklinik einfügte, keine Statistik geliefert. Es ergab sich damals für Königsberg auf 4104 Geburten 1,58% Mortalität.

Als Ergänzung und Vervollständigung von Dohrns vergleichender Zusammenstellung erschien bald darauf Bokelmanns Arbeit „Die Mortalität der Königlichen Universitätsfrauenklinik zu Berlin während der letzten 16 Semester“ (Zeitschrift für Geburtshilfe Bd. 12, Pg. 143), in der er die ungünstigen Mortalitätsziffern der Berliner Universitätsfrauenklinik, die Dohrns Arbeit brachte, näher begründete und den Nachweis führte, „mit wie grosser Vorsicht aus der blossen Zahl der Todesfälle auf den faktischen Gesundheitszustand einer Anstalt geschlossen werde dürfe.“ Er betonte vor allem, welchen Einfluss die Dignität des Materials auf die Endziffern habe und bewies durch vergleichende Zahlen, dass zur richtigen Beurteilung einer Wochenbettsstatistik eine genauere Berücksichtigung aller derjenigen Momente durchaus notwendig sei, die eine Erhöhung der Mortalität und so auch der Morbidität bewirken.

Wir geben daher auch zunächst einen allgemeineren Überblick über das bearbeitete Material. In der Art der Einteilung und in der Form der ordnenden Tabellen werden wir zum Teil und mit Modifikationen den Schemata folgen, die wir in Koblancks Arbeit „Zur puerperalen Infektion“, Teil I, (Zeitschr. für Geb. und Gyn. Bd. 34, Heft 2) fanden.

Vorauszuschicken ist, dass nur Geburten nach der 28. Woche in den Kreis unserer Betrachtungen gezogen sind. — Nach Abzug also aller Aborte und von 44 Fällen, deren Krankenjournale fehlten, wurden in die geburtshilfliche Abteilung der Königl. Universitätsfrauenklinik zu Königsberg i. Pr. in der Zeit vom 1. Januar 1893 bis 31. Dezember 1897 1853 Frauen (1831 zur Entbindung, 22 Entbundene) aufgenommen, die sich auf die einzelnen Jahre folgendermassen verteilen:

1893: 337 mit 176 I p
1894: 355 mit 184 I p
1895: 340 mit 163 I p
1896: 397 mit 192 I p
1897: 424 mit 191 I p

Die Zahl der Erstgebärenden war demnach im ganzen 906 (= 48,89%). Unter den 1831 klinischen Geburten waren 34 Zwillingsgeburten (= 1,86%), und zwar:

1893: 8
1894: 8
1895: 2
1896: 7
1897: 9

Drillingsgeburten fehlten ganz.

Von Kindslagen kamen vor: Hinterhauptslagen 1700 = 92,85%.

	1893	1894	1895	1896	1897	Summa
Gesichts-u.Stirnlag.:	3	0	1	3	4	= 11 = 0,60%
Fusslagen:	3	3	0	0	4	= 10 = 0,55%
Steiss-u.Steissfusslag.:	15	5	6	18	13	= 57 = 3,11%
Vorderhauptsgeb.: .	2	4	4	2	2	= 14 = 0,76%
Vord.Scheitelb.Einst.:	1	0	5	1	4	= 11 = 0,60%
Hint. Scheitelb.Einst.:	0	0	0	4	1	= 5 = 0,27%
Querlagen:	2	4	4	4	9	= 23 = 1,26%

Von anderen Geburtskomplikationen kamen vor:

	1893	1894	1895	1896	1897	Summa
Eklampsie:	7	3	11	12	16	= 49 = 2,64%
Placenta praevia: .	2	3	3	10	6	= 24 = 1,31%
Nabelschnurvorfall bei Kopflage . .	1	3	0	2	3	= 9 = 0,49%
Hydramnion: . . .	0	1	1	0	1	= 3 = 0,16%

Von operativen Eingriffen, für die als Indikation an unserer Anstalt nur die drohende Gefahr für Mutter

oder Kind galt, mit Ausnahme von ganz wenigen Beckenausgangszangen demonstrandi oder exercendi causa, kamen in Anwendung:

	1893	1894	1895	1896	1897	Summa:
Zange:	5	7	8	11	14	= 45 = 2,46%
Wendung mit und ohne Extraction:	2	4	3	8	10	= 27 = 1,47%
Wendung nach Br. Hicks.	1	1	3	7	9	= 21 = 1,15%
Craniotomie und Embryotomie	2	1	5	6	9	= 23 = 1,26%
Man. Plac. Lös:	2	4	3	4	10	= 23 = 1,26%
Künstl. Frühgeb. [Eihautstich od. Bougie, Tampon.]	1	2	3	4	2	= 12 = 0,65%
Kleinere Eingriffe wie Lösung der Arme, M. Levret-sche Handgriff, Extraction bei Steiss- u. Fusslage	11	3	5	10	15	= 44 = 2,40%

Benutzen wir unsere Zahlen zunächst zum Vergleich mit denen, die Bokelmann in seiner vorher citierten Arbeit von der Königsberger Universitätsfrauenklinik aus den Jahren 1874—1877 anführt.

1874—77

Gesamtzahl der Entb.	Plac. pr.	Eklampsie.	Uterusrupt.	Forceps
	3 =	5 =	2 =	33 =
1315	1 : 435	1 : 261	1 : 657	1 : 40

Wendung.	Craniot. u. Embryotom.
13 =	5 =
1 : 101	1 : 261

1893—97

Gesamtzahl der Entb.	Plac. pr.	Eklampsie.[1])	Uterusrupt.	Forcept.
	24 =	49 =	3 =	45 =
1831	1 : 76	1 : 38	1 : 618	1 : 41

1) Bei Eklampsie u. Uterusruptur ist die Gesamtaufnahmezahl verwandt.

Wendung.	Craniot. u. Embryotom.
48 =	23 =
1 : 38	1 : 80

Zum Schluss dieser Betrachtung des Gesamt-Materials wollen wir noch als Massstab für die Pathologie unseres Materials die diesbezüglichen Verhältnisse an anderen Anstalten heranziehen, und wir gebrauchen dazu Koblanck's „Vergleichende Tabelle in Bezug auf das Material verschiedener Kliniken" und reihen unsere Daten an letzter Stelle an.

Klinik	Plac. praev.	Eklampsie.	Ip.	Zange	Innere Wendung.	Perforation.	Man. Plac.-Lösung.	Künstliche Frühgeburt und Abort.
Würzburg (Hofmeier,[1]) Matthes)[2])	0,5%	0,3%	ca. 50%	2,7%	3,4%	0,5%	0,6%	0,5%
Halle (Schmidt)[3])	—	—	52,9%	4,8%	3,0%	1,1%	0,5%	1,9%
Bonn (Genneper)[4])	—	0,88%	63,2%	3,85%	2,49%	0,3%	0,65%	0,82%
Marburg (Ahlfeld)	ca. 1%	—	51,4%	3,2%	2,86%	0,6%	1,3%	3,36%
Berlin, Kgl. Charité (Hochstetter)[5])	0,28%	1,67%	—	5,56%	2,39%	0,39%	0,67%	0,11%
Berlin (Kgl. Universit.-Frauenklinik (Koblanck)	1,29%	4,15%	58,1%	5,1%	3,07%	1,3%	0,86%	0,61%
Königsberg	1,31%	2,64%	48,89%	2,46%	2,62%	1,04%	1,26%	0,65[6])

Diese Gegenüberstellungen beweisen zunächst, wie sehr sich gegen die frühere Zeit, auf die sich Dohrn's Mortalitätsziffern beziehen, das Material unserer An-

1) Münchener med. Wochenschr. 1894. Nr. 42. 2) Inaug.-Diss. 1894. 3) Inaug.-Diss. 1895. 4) Inaug.-Diss. 1894. 5) Charité-Ann. XX. 6) Abzüglich der Aborte.

stalt und die durch dasselbe normierte Zahl der operativen Eingriffe geändert haben, ferner aber zeigen sie, dass gerade diejenigen accidentellen Krankheiten und Geburtsstörungen, die erfahrungsgemäss das Leben der Kreissenden und Wöchnerinnen besonders gefährden, wie Eklampsie und Placenta praevia, und die eingreifendsten und prognostisch ungünstigsten operativen Massnahmen, wie Perforation, manuelle Placentarlösung in unserer Anstalt Zahlen haben, die fast nur von der Berliner königlichen Universitätsfrauenklinik übertroffen werden. Während in Schröders Lehrbuch der Geburtshülfe die Häufigkeit der Eklampsie mit 1 : 500 Geburten ungefähr angegeben, kommt in unserer Anstalt 1 Eklampsie auf 38 Geburten, und während Schwarz (M. f. G. B. VIII. Pg. 108) unter 519, 328 Geburten das Verhältnis der Placenta praevia zu anderen Geburten = 1 : 1564 fand, ist es bei uns = 1 : 77.

Es bleibt uns noch übrig, bevor wir an die Mitteilung unserer Krankheits- und Sterblichkeitsziffern gehen, die Massnahmen der Desinfection und Wochenbettspflege, die in der Königsberger Universitätsfrauenklinik in den Jahren 1893—1897 üblich waren, zu erörtern.

Die Anstalt stand bis Michaelis 1896 unter der Leitung von Prof. Dr. Dohrn, von Michaelis 1896 bis Michaelis 1897 unter der stellvertretenden Leitung von Prof. Dr. Münster und wurde Michaelis 1897 von Prof. Dr. Winter übernommen. Die therapeutischen Anordnungen sind während der fünf Jahre fast ganz die gleichen gewesen. Neuerungen und Umgestaltungen von seiten der neuen Leitung traten erst Ostern 1898 in Kraft. Geringe Abweichungen werden wir an betreffender Stelle erwähnen. — Der Kreisssaal, ein sehr geräumiges und luftiges Zimmer, ist für 3—5 Betten

eingerichtet. Das Kreissbett selbst hatte ein eisernes Gestell. Kopfkissen und Unterlage waren mit gut desinfizierbarem Gummistoff überzogen. Über die Mitte der Unterlage wurde ein frisch gewaschenes Leintuch gelegt. Was die objektive Desinfektion anbetrifft, so bekam die Kreissende, wofern die Geburt nicht schon zu weit vorgeschritten war, ein warmes Vollbad, in dem sie von der Hebamme zur gründlichen Reinigung mit Seife, namentlich der Genitalien angehalten wurde. Nach dem Bade wurden die Pubes etwas mit der Schere gekürzt, die Genitalien, die Analgegend, der Mons Veneris und die Oberschenkel nochmals gründlich mit Bürste, Kaliseife und heissem Wasser von der Hebamme gesäubert, mit reinem Wasser abgespült und unter beständiger Berieselung mit einer Sublimatlösung von 1 : 2000 mit Watte abgerieben. Nachdem die Kreissende frische Leibwäsche erhalten hatte, folgte nun die präliminare Scheidendouche, die in der ganzen Zeit, aus der wir unsere statistischen Daten nehmen, mit Ausnahme der 85 letzten Geburten etwa unter der klinischen Leitung von Prof. Dr. Winter, in unserer Anstalt in folgender Weise ausgeführt wurde: Bei jeder Kreissenden wurde vor der Geburt eine reichliche vaginale Ausspülung mittelst Irrigator und Spülrohr mit einer Sublimatlösung von 1 : 2000 gemacht. Sie geschah gleichfalls vor und nach jeder Untersuchung (sowohl intra graviditatem als intra partum), vor jedem operativen Eingriff. Nach jeder operativen Massnahme und nach jeder Geburt, bei der bereits intra partum Fieber, Tympanie oder übler Geruch des Fruchtwassers bestanden hatte, wurde eine Ausspülung mit 3%iger Carbolsäurelösung gemacht. Nach normalen Entbindungen unterblieb die Scheidendouche. Nach der Geburt wurden die äusseren Genitalien mit Watte und Subli-

matlösung (1 : 2000) gesäubert und ein Bausch Verbandwatte vor die Vulva gelegt. Eine Zeitlang wurde die Verbandwatte hierbei durch Sublimatholzwollwatte ersetzt, die aber wieder abgeschafft wurde, da man in ihr in einem besonderen Falle die Quelle der puerperalen Infektion vermutete. — Dann ferner bekam die Entbundene einen acht Pfund schweren Sandsack auf den Leib und wurde, wofern nicht eine Dammnaht nötig war, sofort auf das Wöchnerinnenzimmer gebracht.

Der Verlauf des Wochenbettes gestaltete sich so, dass die Wöchnerin in den ersten Tagen nur flüssige Nahrung zu sich nehmen durfte. Bei Stuhlverhaltung erhielt sie am 3. Tage ein Abführmittel (meist Ol. Ricini). An jedem Tage wurden zweimal die Genitalien mit Sublimatlösung (1 : 2000) abgespült; nach der Abspülung wurde ein frisch gewaschenes Leintuch untergelegt und die Wattevorlage erneuert. Der Puls wurde zweimal am Tage von einem Amanuensis gezählt und in das über dem Bett hängende Curvenformular eingetragen. Ebenso wurde zweimal die Temperatur gemessen (morgens zwischen 7 u. 8 Uhr, nachmittags zwischen 4 u. 5 Uhr) und verzeichnet. Das Einlegen der Thermometer in die Axilla und das Ablesen wurde von der Wärterin des Wochenzimmers, die, wie jede Wärterin im Hause, Hebamme war, besorgt. Von Zeit zu Zeit fanden durch den Assistenzarzt der Abteilung kontrollierende Messungen statt. Die Thermometer wurden mehrmals im Jahre vom Mechaniker geprüft. — Fieberhaft erkrankte Wöchnerinnen wurden nach einem Extrazimmer verlegt. Sie hatten eine besondere und zwar die in der gynäkologischen Poliklinik beschäftigte Wärterin, keinen besonderen Arzt. Eine septische Isolierabteilung war nicht vorhanden. — Bei operativen Eingriffen, vor denen die Schamhaare der Kreissenden

rasiert wurden, wurden die Instrumente direkt vor dem Gebrauch ausgekocht und während des Gebrauchs in 3%iger Carbolsäurelösung gelassen. — Das Nähmaterial war stets Seide, die durch Auskochen sterilisiert und in 5%iger Carbolsäurelösung aufbewahrt wurde.

Die fieberfreien Wöchnerinnen durften am 10. Tage aufstehen und am 11. Tage die Anstalt verlassen.

Zu erwähnen wäre noch, dass an unserer Klinik das rein exspektative Verfahren der Nachgeburtsperiode bestand und die Placenta, wenn überhaupt, frühestens 2 Stunden post partum durch den Credé'schen Handgriff exprimiert wurde. Bei den vorher erwähnten letzten 85 Geburten c. unter Leitung von Prof. Dr. Winter waren als Wartezeit nur 30 Minuten bestimmt.

Was die subjektive Antisepsis anbetrifft, so galten in der ganzen Zeit die gleichen Vorschriften mit ganz geringen Änderungen. Die Desinfektionsordnung, die am Beginn jedes Semesters an die Klinicisten zur Verteilung kam, hatte als Einleitung einen Appell an die Humanität der Praktikanten, indem darauf hingewiesen wurde, dass die grösste und fast einzige Gefahr für die Wöchnerinnen das Untersuchen und Operieren mit unreinen Händen und Instrumenten sei. Die Desinfektionsordnung lautete wie folgt:

„Vor dem Betreten des Kreisszimmers ist der Rock abzulegen und ein reiner leinener Rock anzuziehen, die sämtlichen Fingernägel beider Hände sind zu kürzen und zu säubern; Ringe sind abzulegen.

Der äusseren Untersuchung hat eine zwei Minuten lang dauernde Waschung der Hände in heissem Wasser unter reichlicher Verwendung von Seife und Bürste vorauszugehen.

Die innere Untersuchung darf nur in Gegenwart der Assistenten vorgenommen werden. Vor Beginn der

dazu nötigen Desinfektion sind die Ärmel bis über den Ellenbogen zurückzustreifen. Während und nach der Desinfektion bis zur Beendigung der Untersuchung ist die Berührung aller Gegenstände ausser denen, welche für die Desinfektion gebraucht werden, zu vermeiden, widrigenfalls die Desinfektion von neuem begonnen werden muss.

Die Desinfektion selbst erfordert nun:

1. Waschung der Hände und Vorderarme, vornehmlich aber der Hände mit besonderer Berücksichtigung der untersuchenden Finger, in heissem Wasser, so heiss es die Hand verträgt — vermittelst der Bürste bei reichlichem Gebrauch von Seife, 5 Minuten lang.
2. Waschung der Hände und Vorderarme, wie unter 1 beschrieben, in 3% iger Carbollösung und Bürste ohne Seife 3 Minuten lang.
3. Abspülen der Hände in Spiritus.
4. Abreiben der Nägel, des Nagelbettes und des Unternagelraums mit Jodoformbrei, jeder Nagel ist einzeln vorzunehmen.
5. Waschung der Hände und Vorderarme, wie unter 1 beschrieben, mit Bürste ohne Seife in Sublimatlösung (3 : 5000) 2 Minuten lang.

Während der sämtlichen Waschungen in heissem Wasser, wie in Carbolsäure und Sublimatlösung darf die Bürste nicht aus der Hand gelegt werden; die Waschung hat in der Flüssigkeit, welche sich in der betreffenden Schale befindet, nicht in der Luft über derselben zu geschehen.

Vor jeder erneuten Untersuchung ist die Waschung zu wiederholen. Es wird vorausgesetzt, dass der Praktikant innerhalb der letzten 24 Stunden nicht mit in-

fektiösen Stoffen, insbesondere nicht mit Leichenteilen in unmittelbarer Berührung gewesen ist.

Mortalität.

Von sämtlichen 1853 Aufgenommenen sind gestorben 41 = **2,21** %.

Die gefundene Zahl für die Gesamtmortalität an unserer Anstalt erscheint recht hoch im Vergleich z. B. mit den Mortalitätsziffern anderer Anstalten, die Löhlein (Gynäkologische Tagesfragen. Die Verhütung fieberhafter Erkrankungen im Wochenbett) zusammenstellt, um die von Dohrn in seiner vorhergenannten Arbeit geäusserte Ansicht zu widerlegen, dass die Anstaltsmortalität für längere Zeit auf den für die Privatpraxis geltenden Procentsatz (0,6—0,7 %) nicht herabgedrückt werden würde. Er nennt u. a. München, wo die Gesamtmortalität 1883/86 0,87 % und von 1887/91 0,67 % betrug; Würzburg in den Jahren 1877/87 mit 0,87, in den Jahren 1889/91 (unter 1000 Geburten) mit 0,5 %. Die Marburger Klinik, die in Dohrns Tabelle 1,20 % Sterblichkeit aufwies, zeigte in den Jahren 1884/91 (2000 Geburten) nur eine solche von 0,70 %. Die russischen Gebäranstalten hatten nach einem Bericht von Slawjansky in den Jahren 1886/90 nur eine Gesamtmortalität von 0,38 %. Ja die Maternité St. Anne in Lille brachte es in den Jahren 1887/91 (1000 Geburten) sogar auf 0% Gesamtmortalität. Doch unsere diesen Zahlen gegenüber grosse Mortalität wird durch ein näheres Eingehen auf die einzelnen Todesfälle sich beträchtlich reduzieren lassen. Wir werden daher zunächst in einer umfassenden Tabelle die Todesfälle nach ihrer Aethiologie, ob infektiös oder nicht infektiös, ordnen, dann die Todesfälle der einzelnen Jahrgänge

insgesamt durchgehen und dann durch eine Tabelle, die nur die durch Infektion vom Genitalapparat bedingten Todesfälle enthält und nach bestimmten Momenten sondert, zeigen, welcher Bruchteil der Mortalitätsziffer in Wirklichkeit der Klinik zur Last zu legen ist.

Tabelle der Todesfälle.

Jahr	Summe aller Behandelten	Puerperal-Infektion	Procent	Nicht Puerperal-Infektion	Procent	Eklampsie	Procent	Summe der Todesfälle	Procent
1893	337	6	1,78	0	0	4	1,19	10	2,97
1894	355	2	0,56	1	0,28	1	0,28	4	1,13
1895	340	5	1,47	0	0	3	0,88	8	2,35
1896	397	8	2,02	2	0,50	1	0,25	11	2,77
1897	424	3	0,71	1	0,24	4	0,94	8	1,89
Summa	1853	24	1,29	4	0,22	13	0,70	41	2,21

Hinzufügen wollen wir, dass in dieser Tabelle die hochfiebernden Eklampsieen zu den puerperalen Infektionen gerechnet würden, wofern nicht der Sektionsbefund dem widersprach oder gravierende Symptome von seiten des Respirationstractus das Fieber durch eine den Exitus herbeiführende Aspirations-Pneumonie erklären liessen.

1893.

Puerperal-Infektion.

J (Jahres) N. 51. 27jährige Ip. Hausschwangere. Geburt 13 Tage nach der letzten inneren Untersuchung durch Hebammenschülerinnen, 23 Tage nach innerer Untersuchung im Touchierkurs. Intra partum nicht untersucht. Eröffnungsperiode über zwei Tage hin. Post partum fortgesetzt hohe Temperaturen. Maximale Temperatur 40,0° am dritten Tage. Tympanie,

Schmerzempfindung des Abdomen, Erbrechen, Aufstossen. Klinische Diagnose: Sepsis, Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 80. 24jährige I p. Hausschwangere. 9 Uhr 30 Minuten abends Schüttelfrost. Morgens 5 Uhr 30 Minuten spontane Geburt. Dammriss II Gr. Intra partum nicht untersucht. Post partum fortgesetzt hohe Temperaturen. Maximale Temperatur 40,3° am zweiten Tage. Schmerzen in der l. oberen Brusthälfte. Klinische Diagnose: Streptococcen-Empyem, Pneumonie (?). Am dritten Tage der medizinischen Klinik überwiesen. Exitus: Zehn Tage post partum. Sektionsbefund: Endometritis cervicalis, einseitige eitrige Parametritis, im Uterus Placentarrest, linksseitiges Empyem.

J.-N. 121. 22jährige Ip. Vom Arzt einmal intra partum untersucht. Nach Aussage der Wöchnerinnen soll sich die Kreissende wiederholt selbst während der Eröffnungsperiode untersucht haben. Spontane Geburt. Post partum hohe Temperaturen vom dritten Tage an. Maximale Temperatur 40,3° am dritten Tage. Exitus fünf Tage p. p. Sektionsbefund: Diphtheritische Endometritis puerperalis. Eitrige Peritonitis. Lungenoedem. Endocarditis an Mitralis und Aorta.

J.-N. 134. 25jährige Ip. Intra partum innerlich untersucht vom Kursisten. Kreissende giebt an, nach Eintritt der ersten Geburtsperiode wiederholt sich selbst untersucht zu haben. Geburt des Kindes spontan. Nach Ausstossung desselben sehr missfarbiger, übelriechender Ausfluss. Daher nach vergeblichen Credéversuchen Manuelle Placentarlösung. Placenta stark zersetzt. Reichliche Carbolspülung. Temperatur am Tage der Geburt 39,1°. Maximale Temperatur 40,5° am 16. Tage. Klinische Diagnose: Pyämie. Das Bild der Pyämie bietet sich erst am 14. Tage dar, nachdem eine Thrombose der Cruralvene sich etabliert hat.

Exitus 22 Tage p. p. Sektionsbefund: Puerperale Endometritis, eitrige Salpingitis, Ovarialabscess, allgemeine und abgesackte eitrige Peritonitis, eitrige Thrombophlebitis des Uterus, eitrige Parametritis. Ausgedehnte vereiternde Venenthromben. Thromben an der Tricuspidalis. Lungenoedem, Blasenuterinfistel, Milztumor.

J.-N. 140. 18jährige Ip. Nephritis, Eklampsie ante partum. Geburt spontan. Eklampsie intra und post partum. Hohe Temperaturen 39,7° am 1. Tage p. p., 40,4° am 3. Tage; keine besonderen Symptome von seiten des Respirationsapparats. Exitus drei Tage p. p. Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 377. 19jährige Ip. Hausschwangere. Von zwei Ärzten, zwei Studenten, zwei Hebammenschülerinnen intra partum innerlich untersucht. Über drei Tage hin protrahierte Geburt. Hohe Temperaturen post partum. Maximale Temperatur 40,2°. Exitus vier Tage post partum. Sektionsbefund: Septische Endometritis puerperalis, eitrige Peritonitis, Milzschwellung. Lungenoedem, eitriger Thrombus in unmittelbarer Nähe der Urethra (intra partum kathetrisiert).

Eklampsieen:

J.-N. 29. Als Puerpera in die Klinik aufgenommen, Ip 24 Jahre. Puerperale Eklampsie. Hohe Temperaturen. Exitus: 6 Tage p. p. Sektionsbericht: Anatomische Diagnose: Rechtsseitiges Empyem, Pleuritis fibrinosa sin., Pneumonie, Gangräna pulmonum. Stauungsleber. Verdoppelung des r. Urether. Uterus puerperalis mit Placentarresten. Linksseitige Sinusthrombose. Blutungen im Ependym in den basalen Ganglien. Mikroskopische Diagnose: Fettembolie der Lunge.

J.-N. 157. 26jährige Ip. Eklampsie ante partum. Exitus 5 Stunden nach der Aufnahme. Sectio

caesarea 9 Minuten post mortem. Kind tot. Sektionsbericht: Uterus puerperalis. Lungenoedem, Hypertrophie und Dilatation d. r. Ventrikel. Blutungen in die Milz. Fettgewebsnekrose und Blutungen ins Pancreas.

J.-N. 265. Eklampsie. Exitus 2 Tage nach Aufnahme. Keine Angaben, keine Sektion.

J.-N. 251. Eklampsie. Exitus 3 Tage nach Aufnahme. Keine Angaben, keine Sektion.

1894.

Puerperal-Infektion.

J.-N. 39. 35jährige IIp. 3 Tage ante partum aufgenommen. Nicht intra partum innerlich untersucht. Spontane Geburt. Wöchnerin ist am 6. Tage p. p. aufgestanden. Am selben Tage Temperaturanstieg auf 40,0 °, am 7. Tage 40,5 °. Fortgesetzt hohe Temperaturen. Exitus am 11. Tage p. p. Sektionsbericht: Endometritis diphtherica p. puerp., Peritonitis suppurativa. Äthiologie der Infektion dunkel.

J.-N. 369. 34jährige VIIIp. Am Tage vor der Aufnahme bereits Schüttelfrost und Temperaturanstieg auf 39,7 °. Das Scheidensekret ist zersetzt. Es handelt sich um eine verschleppte Querlage mit Vorfall eines Armes. Draussen untersucht von der Hebamme (c. 3 ×), 2 × vom Arzt; von letzterem sind Wendungsversuche gemacht worden. Klinisch von 2 Ärzten innerlich untersucht. In der Klinik wird die innere Wendung und zur Entwicklung des Kopfes der Mauriceau-Levretsche Handgriff gemacht. Das Kind ist maceriert, zeigt vorgeschrittene Fäulnis. Manuelle Placentarlösung, die eine putride Placenta herausschafft. — Maximale Temperatur p. p. 39,1 ° am dritten Tage. Es besteht septischer Icterus. Exitus drei Tage p. p. Sektionsbefund: In der linken Beckenseite ist das subseröse Zell-

gewebe bis aufwärts zu der linken Niere von einem Bluterguss eingenommen, der sich in einer grossen Höhle befindet und geronnene Blutmassen zeigt. Diese blutige Infiltration erstreckt sich auch in das linke Ligam-latum hinein und in die Excavatio vesico-uterina, überall durch das unverletzte Peritoneum von der Bauchhöhle abgeschlossen. Subperitoneale Ruptur des Uterus. Die Ränder dieses Risses sowie die ganze Uterusinnenfläche sind mit einer rötlichen weichen fetzigen Schicht bedeckt, in welcher sich Eihautreste und Placentargewebe erkennen lassen und die sich meistens gegen das feste speckige Uterusparenchym durch eine 1—2 mm breite ockergelbe Zone abgrenzt. — In der linken blassen und grossen Niere ein z. T. eitrig eingeschmolzner Infarct. — Wann die subper. Ruptur des Ut. zustande gekommen, konnte nicht festgestellt werden.

Die Diagnose war intra vitam kaum zu stellen, weil jegliche Blutung, sowie Collapserscheinungen fehlten und weil die Rupturstelle in der Vagina, welche in das linke Parametrium hereinging, durch ein festes Blutcoagulum, welches nicht zerfallen war, ausgefüllt wurde. — Der Tod ist infolge allgemeiner schwerer Sepsis erfolgt, welche schon vor der klinischen Aufnahme acquiriert war (Infektiöse Thromben in der Niere).

Nicht Puerperal-Infektion:

J.-N. 92. 39jährige Xp., die ante partum schon an unstillbarem Erbrechen litt. Nicht intra partum innerlich untersucht. Spontane Geburt. Kind maceriert. Kein Fieber. Exitus fünf Tage p. p. Klin. Diagnose: Ulcus ventriculi. Sektion nicht bewilligt.

Eklampsie:

J.-N. 245. 27jährige IIp. Hausschwangere. Nicht intra partum innerlich untersucht. Spontane Geburt.

Puerperale Eklampsie. Exitus 16 Stunden p. p. Sektion nicht bewilligt.

1895.

Puerperal-Infektion.

J.-N. 6. 26jährige I p. Bei Aufnahme Temperatur 38,9°. Auswärts von Hebamme ohne vorangehende Desinfektion 15 mal innerlich untersucht. Klinisch Arzt, Student untersucht. Das am Finger haftende Scheidensekret ist missfarbig. Am 4. Januar haben die Wehen begonnen. Überführung in die Klinik in der Nacht vom 7. zum 8. Januar. Wegen der mangelnden Austreibungskraft des Uterus und der Infektionserscheinungen d. 8. I. 10 Uhr vormittags Forceps. Durch 6—7 Tractionen wird ein totes Mädchen mit Zeichen typischer Putrescenz entwickelt. Dammriss II. Gr. Clitorisriss. Uterusinhalt verjaucht. Vergebliche Credéversuche. Manuelle Placentarlösung. Irrigation der Uterushöhle mit 2 Ltr. 2%iger Carbolsäurelösung. Temperatur post partum 39,6°. Mittags Collapserscheinungen. Sinken der Temperatur auf 35,8°. Exitus nachmittags $5^1/_2$ Uhr. Sektionsbefund: Septische Endometritis puerperalis. Einrisse der Scheide, der Portio. Weicher Milztumor.

J.-N. 32. 28jährige IIIp. 17 Tage a. p. aufgenommen. Schwangerschaft normal. Klinisch intra partum nicht innerlich untersucht. Vorderhauptsgeburt nachts 12 Uhr (15.—16. Februar). Profuse Hämorhagie nach Ausstossung des Kindes. Quelle: Atonia uteri, Cervixriss. Zeichen hochgradiger Anämie. Ordo: belebende Getränke, Kompression des Leibes durch fest anschliessende Binde. Am 16. Februar Kochsalzinjektion ins rectum. Gummi-Bindeneinwicklung der Beine. Auf den Uterus ein Sandsack. Feste Leibbinde. Am 17. Februar 10 Uhr vormittags: Bei äusserer Kompression des Uterus treten

Gasblasen aus der Scheide hervor, daher Man. Placentarlösung. Eihäute und Placenta unvollständig. Utero-Vaginaltamponade. Am 18. Februar 8 Uhr morgens Entfernung der Gaze und gründliche Ausspülung mit Acid. boric. (4%). Vagina mit Jodoformpulver ausgepudert, der Genitalschlauch ohne Verband gelassen. Am 19. Februar: die Temperatur ist allmählich angestiegen und beträgt jetzt 40,2°. Erneute Ausspülung mit Acid. boric. Es gelingt einige stark putride, zerfetzte Placentarreste zu entfernen. Am 20. Februar Temp. 40,1°. Ausspülung, Ausstossung zerfetzter Placentar- und Eihautreste. Gegen Mittag Collaps. Nachmittags 5 Uhr Exitus. Klin. Diagnose: Sepsis. Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 271. 40jährige Ip. Eklampsie a. p. Viel Albumen, hyaline und granul. Cylinder, Nierenepithelien im Urin. Unwillkürliche Urin- und Kotentleerung. Geburt über sechs Tage hin protrahiert. Auswärts von Hebamme mehrmals innerlich untersucht. Klinisch von Arzt, Student, Hebamme intern untersucht zwei Tage a. p. Bei der Untersuchung zwei Tage darauf bleiben an dem untersuchenden Finger geringe Mengen aashaft stinkenden, geronnenen Blutes haften. Perforation. Kranioklasma. Nach der Geburt des Kindes stürzt aus dem Uterus eine dicke braune, ausserordentlich übelriechende Jauche, das veränderte Fruchtwasser, hervor. Credé. Sehr reichliche Vaginal- und Uterusausspülung mit 2%iger Carbolsäurelösung. Vom zweiten Tage an hohe Temperaturen. Schüttelfröste. Am zehnten Tage maximale Temperatur 40,5°. Gangränöse Entzündung der Labien. Exitus am zwanzigsten Tage p. p. Klinische Diagnose: Pyämie. Pleuritis dextra. Sektion nicht bewilligt. — Die Zersetzung war lange verborgen geblieben, weil sie durch die unwillkürliche Kotent-

leerung und durch die desinfizierenden Spülungen verdeckt wurde und der fixierte Kopf die Uterushöhle völlig abschloss. An welchem Ort und auf welche Weise die Infektion entstanden, ist schwer zu sagen. Es bleiben drei Möglichkeiten: durch die Untersuchung der Hebamme — doch bestand kein Fieber ante und intra partum —, durch die klinische Untersuchung zwei Tage a. p. und schliesslich durch die Incontinentia alvi.

J.-N. 321. 40jährige Ip. Schon mit Zeichen der Infektion (erhöhter Temperatur und frequentem Puls) aufgenommen. Auswärts zehnmal intern untersucht von einer Hebamme, die sich oft der ungenügenden Desinfektion verdächtig gemacht hat. Klinisch vom Arzt intern untersucht dicht vor Austritt des Kindes, als die Infektion des Uterusinhalts schon manifest. Querlage. Unter Kompression von aussen partus conduplicato corpore. Frühgeburt Anfang des neunten Monats. Der Frucht folgt eine ziemlich erhebliche Menge jaucheähnlichen, höchst übelriechenden Fruchtwassers. Credé. Kind und Placenta zersetzt. Ausspülung des Uterus mit 2%iger Carbolsäurelösung. Fortgesetzte Schüttelfröste p. p. Maximale Temperatur 40,8°. Exitus 66 Tage p. p. Klinische Diagnose: Pyämie. Sektionsbefund: Eitrige puerperale Oophoritis und Metritis, adhaesive locale Peritonitis, eitrige Thrombophlebitis der linken Vena iliaca und femoralis. Thrombose der rechten Vena hypogastrica. Fettige Degeneration der Nieren. Fettreiche Muskatnussleber. Chronische Gastritis. Doppelseitige multiple Lungengangrän. Pleuritis. Embolie von Lungenarterienästen.

J.-N. 357. 32jährige IIIp. Hereingebracht mit Uterusruptur nach verschleppter Querlage bei einfach plattem Becken. Scheidenriss. Auswärts intern untersucht von drei Hebammen (ohne genügende Desinfektion),

vom Arzt. Klinisch innerlich untersucht vom Arzt. Laporotomie. Frucht unter dem Zwerchfell. Placenta oberhalb vom Uterus. Extraktion der Frucht am Fuss nach Herausschaffung der Placenta. Entfernung reichlicher Blutcoagula aus der Bauchhöhle. Uterus und oberer Teil der Scheide vernäht. Tamponade des Douglas und des Scheidenrisses mit Jodoformgaze. Exitus 13 Stunden p. operat.

Eklampsieen:

J.-N. 86. 37jährige Ip. Eklampsie a. p., reichlich Albumen. Exitus am Tage der Aufnahme. Sectio caesarea post mortem. Beim Kinde (Frühgeburt 28. Woche) intrauterine Leichenstarre.

J.-N. 253. 23jährige Ip. Eklampsie a. p. Nephritis. Auswärts von Hebamme intern untersucht. Klinisch vom Arzt innerlich untersucht. Zwillingsgeburt. I, unvollk. Steissfusslage — Extraktion II, Schädellage — Wendung u. Extraktion. Credé. Eklampsie intra partum. Exitus $^1/_2$ Stunde p. p. Sektionsbefund: Icterus. Multiple Blutungen der Haut, am Peritoneum, an der Pleura, Endocard, Magen-Blasenschleimhaut, Leber. Frische Schwellung der Nieren, Milztumor. Uterus puerperalis. 4 Trichocephalen.

J.-N. 289. 36jährige IIIp. Auswärts von Hebamme intern untersucht. Ausserhalb der Klinik spontane Geburt von Gemelli. Eklampsie p. p. Kein Fieber. Exitus $5^1/_2$ Stunden nach Aufnahme. 21 St. p. p. Sektion nicht bewilligt.

1896.

Die auffallend hohen Ziffern der puerperalen Infektion in diesem Jahre sind begründet durch den Ausbruch einer kleinen Endemie gegen Ende des Jahres. Im Monat Dezember kamen fünf Fälle schwerster,

letal endigender Sepsis vor. Der erste Fall (J.-N. 391) kam am 1. Dezember schon infiziert mit Tympania uteri, zersetztem übelriech. Fruchtwasser herein. Der Exitus erfolgte am 25. Tage p. p. — Der zweite Fall J.-N. 400 (Entbindung am 18. Dezember), war eine Hausschwangere, die garnicht intra partum innerlich untersucht worden war. Es muss sich also in diesem Falle um eine Übertragung von der noch im Hause liegenden, vorhergenannten Wöchnerin, vielleicht durch eine Hausschwangere oder durch das Anstaltspersonal — der Arzt der geburtshilflichen Abteilung hatte, wie vorher erwähnt, auch die fieberhaften Wöchnerinnen unter sich — handeln, oder es lag, falls die Betreffende sich nicht selbst untersucht hatte, ein Fall vor, bei dem man gezwungen wäre, Selbstinfektion anzunehmen. Exitus am 24. Dezember. — J.-N. 417 Entbindung am 17.—18. Dezember. Diese Sepsis ist wohl auf eine Übertragung von J.-N. 400 zurückzuführen, die in demselben Zimmer gelegen, obwohl die neben 400 liegende Wöchnerin nicht erkrankte. Exitus am 23. Dezember. J.-N. 430 und 429, beide am 28. Dezember entbunden und in die Anstalt gekommen. Beide nicht klinisch intern untersucht. Die drei vorher genannten Wöchnerinnen waren nicht mehr im Hause. Es müssen also von diesen verstorbenen Fällen her noch infektiöse Stoffe im Hause gewesen sein, die verschleppt wurden und die Quelle für diese beiden neuen Infektionen waren. Eventuell fand wieder von einer Infizierten eine Übertragung auf die andere statt. Vielleicht ist auch, da beide Kreissende am Tage der Geburt aufgenommen wurden, eine von ihnen bereits mit dem infizierenden Agens behaftet in die Anstalt gekommen.

Hinzufügen wollen wir, dass bei dem Vorkommen puerperaler Infektion folgende Vorschriften der Zimmer-

desinfektion in unserer Anstalt galten. Nach jedem Exitus wurde der Fussboden des Sterbezimmers mit 5 % Carbolsäurelösung abgescheuert, ebenso die in ihm befindlichen Gegenstände. Die Fenster wurden mit Alkohol, die Wände mit Sublimatlösung (1 : 1000) abgewaschen. Dann blieb das Zimmer unbenutzt, solange es anging, im Mittel acht bis zwölf Tage. In dieser Zeit wurden die fiebernden Wöchnerinnen auf ein anderes Zimmer verlegt.

J.-N. 41. 28jährige Ip Hausschwangere. Von Arzt, Student, Hebamme, zwei Hebammenschülerinnen intern intra partum untersucht. Sehr protrahierter Verlauf der Austreibungsperiode. Zwei Scheiden-Dammincisionen. Expression. Credé. 38,5° am fünften Tage, von da ab hohe Temperaturen (über 39°). Maximale Temperatur 40,0° am zwölften Tage. Es besteht starke Schmerzhaftigkeit der Gelenke. Klinische Diagnose: Sepsis kompliciert mit akutem Gelenkrheumatismus. Gegen eine pyämische Gelenkaffektion spricht das Befallensein so vieler Gelenke. Exitus zwölf Tage p. p. Sektionsbefund: Eitrige Perimetritis. Ganz geringe Peritonitis. Chronische Endocarditis der Aorta und Mitralis. — Als Grund für diese Infektion ist wohl der Umstand zu betrachten, dass die Patientin schon intra partum die Finger häufig an und in die Genitalien brachte, noch mehr im Wochenbett, da ihr die verheilenden Incisionswunden lästiges Jucken bereiteten.

J.-N. 140. 29jährige IIp. Eklampsie a. p. Viel Albumen, zahlreiche Cylinder im Harn. Klinisch von Arzt, Kursist intra partum intern untersucht. Wendung nach Braxton Hicks. Kind maceriert. Credé. Temperatur intra partum 39,6°—40,0°: sie sinkt kurz nach der Geburt auf 38,0°. Sofort wieder Anstieg auf 40,2°.

Maximale Temperatur 40,6° am zweiten Tage. Leib nicht meteoristisch, nicht druckempfindlich. Keine Symptome von seiten des Respirationstractus. Exitus zwei Tage p. p. Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 219. 30jährige Vp. Eklampsie a. p. Viel Albumen. Cylinder im Harn. Auswärts Hebamme intern untersucht. Klinisch von Arzt, zwei Studenten innerlich intra partum untersucht. Forceps. Credé. Temperatur: 40,1° am ersten Tag. Exitus ein Tag p. p. Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 391. 27jährige Ip. Bei der Aufnahme bereits Tympania uteri. Auswärts Arzt, Hebamme intern untersucht. Klinisch von Arzt, zwei Studenten intra partum innerlich untersucht. Bei der inneren Untersuchung entleert sich etwas stark verfärbtes, übelriechendes Fruchtwasser. Temperatur bei Aufnahme 37,9°. Allgemein verengtes plattes Becken. Perforation. Kranioklasma. Credé. Reichliche Uterusausspülung mit 2%iger Carbolsäurelösung. Dabei lässt sich ein Cervixriss konstatieren. Vom dritten Tage an hohe Temperaturen. Fortdauernde Schüttelfröste. Phlegmasia alba dolens. Abscess in der Nähe der Schenkelbeuge (spontane Öffnung). Decubitus. Maximale Temperatur 41,5° am neunten Tage. Klin. Diagnose: Pyämie. Metrophlebitis. Exitus 25 Tage p. p. Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 400. 39jährige XIp. Hausschwangere. Nicht intern untersucht. Spontane Geburt. Episiotomie. Dammriss I. Gr. Vom zweiten Tage Anstieg der Temperatur. Maximale Temperatur 40,1° am dritten Tage. Exitus 6 Tage p. p. Sektionsbericht: Eitrige Peritonitis. Septische Diphtherie der Uterusschleimhaut, die am stärksten im Cervicalkanal und an der Placentarstelle ausgeprägt ist. Von den seitlichen Incisionen ist (laut Sektionsber.) die Infektion nicht ausgegangen.

J.-N. 417. 36jährige Ip. Klinisch nicht untersucht; spontane Geburt. Bis zum fünften Tage normale Temperatur. Am fünften Tage 40,5°. Meteorismus. Puls klein. Erbrechen grünlicher Massen. Exitus acht Tage p. p. Klin. Diagnose: Septische Peritonitis. Keine Sektion.

J.-N. 429. 29jährige IIp. Aufnahme am Tage der Entbindung. Klinisch nicht intern untersucht. Spontane Geburt. Vom zweiten Tage Temperatur-Anstieg. Maximale Temperatur 40,5° am elften Tage. Exitus 16 Tage p. p. Klinische Diagnose: Sepsis. Sektionsbericht: Endometritis puerp. purulenta mit Placentarresten. Abscesse in den Parametrien. Peritonitis purulento-fibrinosa diffusa. Ascariden im Magen und Darm.

J.-N. 430. 32jährige IIIp. Am Tage der Geburt aufgenommen. Klinisch nicht untersucht. Spontane Geburt. Fieberanstieg am fünften Tage; bis dahin unter 37,0°. Maximale Temperatur 40,3°. Gegend der Tubenmündung am Uterus sehr druckempfindlich. Klinische Diagnose: Sepsis. Exitus neun Tage p. p. Keine Sektion.

Nicht Puerperal-Infektion.

J.-N. 127. VIIp. Alter? 14 Tage vor der Geburt aufgenommen. Spontane Geburt des Kindes. Manuelle Placentarlösung. Eine Nachblutung von 25 Minuten (2500 g Blut) führt trotz der sofort eingeleiteten Therapie (Champagner, Eingiessung von 300 g mit Wasser verdünnten Weines, Kochsalzeingiessung ins rectum, Gummibindeneinwicklung der Beine, Campherinjektion, Einhüllen in wollene Decken) zum Exitus (1 St. p. p.) Klinische Diagnose: akute Anämie. Keine Sektion.

J.-N. 338. 20jährige Ip. Schwangerschaft normal. Klinisch nicht intra partum innerlich untersucht. Spontane Geburt (tiefer Querstand). Dammriss II. Gr. Nach fieberfreiem Wochenbette ist die Wöchnerin schon zweimal aufgestanden. Am elften Tage Temperaturerhöhung 39,4 °, Puls 116, am 12. Tage maximale Temperatur 39,8 °, am 13. Tage 38,3 °, dann normal (unter 38,0 °). Exitus 16 Tage p. p. Sektionsbefund: Thrombose der V. hypogastrica und iliaca. Embolie der rechten Lungenarterie. Fibrinöse Pleuritis.

Eklampsieen.

J.-N. 135. Ip. Alter? Eklampsie a. p. Keine Spuren von Albumen, keine Cylinder, vereinzelte Eiterkörperchen im Harn. Oedem des einen Labium. Auswärts Hebamme intern untersucht. Klinisch vom Arzt untersucht. Forceps. Eine seitliche Incision. Kind gesund. Credé. Dammriss I. Gr. Hochgradige Eklampsie p. p. 38,9 ° am dritten Tage; sonst unter 38,0 °. Exitus drei Tage p. p. Sektion nicht bewilligt.

1897.

Puerperal-Infektion.

J.-N. 14. 18jährige Ip. Eklampsie a. p. Viel Albumen, viele Cylinder im Harn. Auswärts von Hebamme intern untersucht. Klinisch von Student untersucht. Spontane Geburt. Credé. Eklampsie intra und post partum. Temperaturanstieg von 36,2 ° (1. Tag p. p.) bis auf 41,7 ° am 3. Tage. Unregelmässigkeiten der Atmung ($1^1/_2$ Minuten lange Atempause mit hochgradiger Cyanose wechselt mit c. 6—8 tiefen Atemzügen). Pupillen eng, Bulbus nach oben gerichtet. Verdacht auf Morphiumvergiftung. Die verordnete Lösung wird zur Untersuchung dem Pharmakologischen Laboratorium übersandt, aber der Vorschrift entsprechend (0,2 : 20,0)

gefunden. Exitus drei Tage p. p. Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 248. 25jährige IIp. Hausschwangere. Die Hebamme meldet, dass bei der Kreissenden trotz sehr kräftiger Wehen die Geburt keine Fortschritte macht. Bei der sofort vorgenommenen äusseren Untersuchung zeigt sich der Contractionsring zwei Finger breit oberhalb des Nabels. Es wird sofort Narkose eingeleitet. Als nochmals jetzt das Abdomen palpiert wird, findet sich unterhalb des Nabels ein Fuss dicht unter den Bauchdecken. Es ist also in den seit Herbeiholung des Assistenzarztes durch die Hebamme bis zum Beginn der Narkose verflossenen drei Minuten eine komplete Uterusruptur eingetreten. Bei der inneren Untersuchung lassen sich durch den Introitus vaginae einer narbigen Stenose wegen nur mit Mühe zwei Finger hindurchbringen. Spaltung der Stenose rechts und links mit der Schere. Vordere Scheitelbeineinstellung. Perforation. Kranioklasma. Man. Placentarlös. Es wird der Riss des Uterus und der Vagina, der für die ganze Hand durchgängig ist, mit steriler Jodoformgaze tamponiert. Naht eines entstandenen Scheiden-Dammrisses. Die Entbindung per vias naturales wird der Laporotomie vorgezogen, weil die letztere stets längere Vorbereitungen benötigt hätte, für die Entbindung per vias naturales keine wesentliche Schwierigkeit vorlag, und dieses weniger eingreifende Verfahren, da keine interne Untersuchung der Entbindung vorausgegangen war, eine ganz gute Prognose zu bieten schien. — Nach der Narkose lebhafte Schmerzen im Leib. Erbrechen. Ordo: Eis aufs Abdomen. Subcutane Campherinjektion. Unter den Symptomen einer Peritonitis tritt innerhalb fünf Tagen Exitus ein. Sektionsbericht: Becken normal. Masse des Beckeneingangs: Gr. Dm. 10,1, Qu.

Dm. 14,0. Uterusruptur. Peritonitis. Die Muskulatur des corpus uteri ist sehr gut, die der cervix ganz auffallend schwach entwickelt. — Für das Zustandekommen der Ruptur ist demnach nur die hochgradige primäre Schwäche der Muskulatur der cervix und des unteren Uterinsegmentes verantwortlich zu machen. Nur dieses erklärt das ganz ungewöhnlich frühe Auftreten durch Zerreissung (4 Stunden nach dem Blasensprung). Das Kind war zwar gross (Masse: von Ferse bis Nabel 28 cm, von Schulter bis Nabel 27 cm, Kopfumfang 38 cm, Schulterumfang 41 cm. Gr. Dm. 12,3; Gr. schr. Dm. 13, Gr. Qu. Dm. 9,1 cm. Gewicht: 4120 g) und hat durch seine Grösse sicherlich zum Zustandekommen der Ruptur beigetragen, doch wäre es bei guter Entwickelung der Uterusmuskulatur sicherlich anstandlos durch das Becken hindurchgegangen.

J.-N. 282. 22jährige IIp. Nephritis, Eklampsie a. p. Auswärts intern von Hebamme untersucht. Klinisch vom Arzt innerlich untersucht. Spontane Geburt. Kind tot. Credé. Temperatur 41,0° am ersten Tage, Sinken auf 38,2 und Anstieg auf 40,7° am zweiten Tage. Exitus zwei Tage p. p. Sektion nicht bewilligt.

Nicht Puerperal-Infektion.

J.-N. 363. 18jährige Ip. Lues; breite Condylome an den Labien. Intra partum nicht klinisch untersucht. Geburt spontan. Die ersten vier Tage des Wochenbetts sind fieberfrei. Am fünften Tage 38,5°, Schmerzhaftigkeit und Resistenz des l. Parametrium. Die Lochien sind nicht foetid. Diagnose: Parametritisches Exsudat. Ordo: Opium. Priesnitz'scher Umschlag. Wein. Nachdem dauernd Fieber und erhöhte Pulsfrequenz bestanden, wobei die Schmerzhaftigkeit nicht besonders gross war, schreit am zehnten Tage die Patientin plötzlich auf

und empfindet nun einen sehr heftigen Schmerz im Leibe. Die Temperatur steigt auf 40,6°, Puls 130. Mehrmaliges Erbrechen. Die Resistenz scheint weicher zu sein. Diagnose: Perforation d. param. Exs. in die Bauchhöhle. Ordo: Kataplasmen. Opium. Wein. — Bis zum sechzehnten Tage ist das Befinden der Wöchnerin, nachdem sie sich vom Collaps erholt hat, nicht besorgniserregend gewesen, trotzdem zwischen Abend- und Morgentemperaturen erhebliche Interferenzen bestanden. Am siebzehnten Tage erneuter Collaps. Exitus. Sektionsbefund: Retroperitonealer Abscess älteren Datums hinter dem Uterus. Perforation ins Peritoneum. Eitrige Peritonitis.

Eklampsieen.

J.-N. 40. 25jährige Ip. Hausschwangere. Kyphose des vierten bis zwölften Brustwirbels. Kyphotisches Becken. Eklampsie a. p. Klinisch vom Arzt intern intra partum untersucht. Wendung nach Braxton-Hicks. Extraktion. Credé. Keine Temperaturerhebung über 38,0°. Exitus am Tage der Geburt. Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 315. 18jährige Ip. Eklampsie a. p.; reichlich Albumen. Klinisch vom Arzt intern untersucht. Forceps. Cervixincisionen. Credé. Dammriss I. Gr. Keine Fiebererhebung. Exitus zwei Tage p. p. Sektion nicht bewilligt.

J.-N. 436. 37jähriges IIp. Nephritis. Starkes Oedem. Eklampsie. Klinisch von Arzt, Student intern untersucht, Wendung nach Br. Hicks. Credé. Keine Temperatursteigerung. Exitus vierzehn Stunden p. p. Sektionsbericht: Anasarka. Geringer Hydrops der Körperhöhlen. Pneumonia duplex. Hyperhämie und Oedem der Lungen. Hypertrophie des r. u. l. Ventricel. Nephritis duplex. Uterus puerp.

J.-N. 417. 24jähriges Ip. Starke Ödeme in der letzten Zeit der Gravidität. Eklampsie intra und post partum. Klinisch von Arzt, Student intern untersucht. Forceps. Credé. Temperatur 38,9°. Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen Respirationsstörungen. Exitus 18 Stunden p. p. Sektion nicht bewilligt.

Todesfälle durch Infektion vom Genitalapparat aus.

Jahr	Nicht in der Klinik entbunden	Infiziert aufgenommen	Draussen unters.	Selbst unters.	Klinisch untersucht		Garnicht unters.	Summa
					operativ beendet	spontane Geburt		
1893	—	—	—	2	—	1	3	6
1894	—	1	—	—	—	—	1	2
1895	1	2	1	—	1	—	—	5
1896	1	—	1	1	1	—	4	8
1897	—	—	2	—	1	—	—	3
Summa	2	3	4	3	3	1	8	24

Es würde also nach dieser Aufzeichnung eine Infektion von seiten der Klinik nur für die in den letzten drei Rubriken verzeichneten 12 Todesfälle (= 0,65 %) anzunehmen sein. Davon waren 9 = 0,49 % spontane Geburten und unter diesen 9 Fällen 8 = 0,43 garnicht Untersuchte.

Morbidität.

Über die Messungen an unserer Anstalt und ihre Ausführung durch eine Hebamme, haben wir uns schon oben geäussert. Gegen die Verwertbarkeit solcher Zahlen, die von Personen herrühren, die kein „wissenschaftliches Gewissen“ besitzen ist von Ahlfeld nament-

lich sehr energisch Front gemacht worden. Allein Leopold (Vergl. Unters. über die Entbehrlichkeit der Scheidenausspülungen bei ganz normalen Geburten und über die sogen. Selbstinfektion. Archiv für Gynäkol. Bd. 47, Pg. 580), Hofmeier (Zur Prophylaxe der Wochenbettserkr. II. Münchener mediz. Wochenschr. No. 42, 1894) und Rosthorn (Wochenbettsstatistik d. deutsch. geburtsh. Universitätsklinik zu Prag. Monatsschrift für Geb. u. Gyn.) halten es auf Grund von kontrollierenden, tabellarisch festgestellten Messungen für ausgeschlossen, dass nennenswerte puerperale Erkrankungen dabei übersehen werden. Weit mehr anerkannt ist die Forderung der Rectalmessung, die rein äusserliche Gründe gegen sich hat und in Anstalten sich leicht durchführen liesse. Ihre Zahlenwerte werden den statistischen Vergleichen der Anstalten unter einander eine weit sichere Basis geben. — Alle unsere Angaben beziehen sich nur auf Temperaturerhebungen post partum. — Wir haben als fieberhafte Temperaturen alle Erhebungen über 38,0 ° (excl.) bezeichnet und diese wieder in Subfebrile (38,1—39,0 ° excl.) und in febrile (39,0 incl. und darüber) eingeteilt. Die extragenitalen Fieber sind als nicht puerperale, die vom Genitalapparat ausgehenden als puerperale bezeichnet. Die puerperalen Fieber schliessen auch die ex causa ignota fieberhaften Wochenbetten und die fieberhaften Eklampsieen in sich. Die einmaligen Temperaturerhebungen unter diesen Fieberfällen im ganzen werden wir später verzeichnen. Die in den folgenden Tabellen in Klammern beigefügten Ziffern bedeuten die Zahl der miteingerechneten auswärts Untersuchten oder infiziert Aufgenommenen, deren Abzug, analog der vorangehenden Tabelle, einwandslose Morbiditätsziffern liefern würde.

Tabelle der fieberhaften Wochenbettserkrankungen der in der Klinik Entbundenen.

Jahr.	Fieberlose Geburten.	Procent.	Subfebrile Puerperale.	Procent.	Febrile puerperale.	Procent.	Subfebrile nicht puerperale.	Procent.	Febrile nicht puerperale.	Procent.	Gestorben gleich p. p.	Procent.	Summa.	Kunsthilfe. Zange.	Wendung mit u. ohne Extr.	Man. Plac. Lös.	Kranio- u. Embryotomie.	Utero-Vagin. Tamp. p. p.	Künstliche Frühgeburt.	Extraktion u. kl. Eingriffe.	Laparotomie bei Uterus rupt.	b. ges. F. = bei gesamten Fiebernden. b. p. F. = bei puerperal Fiebernden.
1893	283	85,50	12 [1]	3,63 [0,30]	14 [5]	4,23 [1,51]	11	3,32	9	2,72	2	0,60	331	1 1	2 2	1 1	1 1	1 1	— —	3 1	— —	b. ges. F. b. p. F.
1894	286	80,79	25 [0]	7,06 [0]	25 [2]	7,06 [0,56]	11	3,11	6	1,69	1	0,28	354	2 1	3 2	4 4	— —	1 1	— —	1 —	— —	b. ges. F. b. p. F.
1895	231	69,16	32 [2]	9,58 [0,60]	20 [5]	5,99 [1,50]	26	7,78	24	7,19	1	0,30	334	5 3	4 2	2 2	3 3	1 1	3 3	1 1	1 1	b. ges. F. b. p. F.
1896	281	71,87	33 [3]	8,44 [0,77]	31 [10]	7,93 [2,56]	22	5,63	23	5,88	1	0,25	391	8 7	5 4	5 5	4 3	2 2	2 1	4 3	— —	b. ges. F. b. p. F.
1897	332	79,24	48 [5]	11,45 [1,19]	21 [6]	5,01 [1,43]	8	1,91	7	1,67	3	0,72	419	8 7	9 8	4 4	6 6	— —	— —	1 —	— —	b. ges. F. b. p. F.
Summa	1413	77,26	150 [11]	8,20 [0,60]	111 [28]	6,07 [1,53]	78	4,26	69	3,77	8	0,44	1829									

Wir haben also

im Jahre 1893 =	48	Fieberfälle	= 14,50%	Morbidität
„ „ 1894 =	68	„	= 19,21%	„
„ „ 1895 =	103	„	= 30,84%	„
„ „ 1896 =	110	„	= 28,13%	„
„ „ 1897 =	87	„	= 20,76%	„

Innerhalb der 5 Jahre unter 1829 Fällen 416 fieberhafte = einer Gesamtmorbidität von **22,74%**.

Auch diese Zahlen sind ungünstig im Vergleich mit denen anderer Anstalten, die Ahlfeld zusammenstellte (Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in der Geburt und im Wochenbette und von der Selbstinfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 27 H. 14). Die Innsbrucker Klinik (Schauta) (Torggler Bericht über die Thätigkeit d. geb. gyn. Kl. zu Innsbruck Prag 1888 S. 8.) verzeichnete in den Jahren 1884—87: 93,1% fieberlose Wochenbetten, die Würzburger Klinik (Hofmeier) (Hofmeier Dtsch. mediz. Wochenschr. 1891 N. 49) von 1889—1891: 91,5%, die Erlanger Klinik (Frommel) (Frommel desgl. 1892 No. 10) 1887—90: zw. 92,5 u. 94,5%, die Dresdner Entbindungsanst. (Leopold) (Leopold: Archiv für Gyn. Bd. 40 S. 453) 1890: 92,34%, die Giessner Klinik (Löhlein; Gyn. Tagesfr. 3. Heft S. 244) 1890—92: 91,64%, das Mannh. Wöchnerinnenasyl (Mermann Centralbl. für Gyn. 1889 S. 271 u. 1890 S. 323) 1888: 94%, 1889: 94,07%.

Doch auch unsere hohen Zahlen sind nicht so schwerwiegend, weil sie eine beträchtliche Anzahl einmaliger, eintägiger Temperatursteigerungen enthalten.

1893.	Unter d. 23	Subfebril.	16	einmal.	Tempst.,	darunt. 9 puerp.
	„ d. 23	Febrilen	5	„	„ „	1 „
1894.	„ d. 36	Subfebril.	26	„	„ „	18 „
	„ d. 31	Febrilen	5	„	„ „	4(1) „
1895.	d. 58	Subfebril.	37	„	„ „	19(1) „

1895. Unter d. 44 Febrilen 7 einmal. Tempst., darunt. 0 puerp.
1896. „ d. 55 Subfebril. 29 „ „ „ 14(1) „
„ d. 54 Febrilen 10 „ „ „ 3 „
1897. „ d. 56 Subfebril. 32 „ „ „ 30(4) „
„ d. 28 Febrilen 4 „ „ „ 3(1) „

Es waren folglich unter den 1829 Fällen 171 einmalige Temperatursteigerungen (darunter 101 (8) puerperale) = **9,35** % Es bleiben demnach **13,39** mehrmalige Temperatursteigerungen.

Die verschiedenen puerperalen Erkrankungen der in der Klinik Entbundenen (exkl. sofort p. p. Gestorbenen).

Jahr.	Peri- und Parametritis.	Peri- u. parametr. Reizung.	Periton. Reizung.	Übelriechender Ausfluss.	Septicämie und Pyämie.	Scheiden-Damm Inf.	Verschiedene Ursachen.	Ex causa ignota fieberhaft.	Summa.
1893	3(2)	2	2(1)	2(1)	5(2)	0	2	10	26 (6)
1894	6	1	0	2	1	1	2(1)	37(1)	50 (2)
1895	4	6(1)	0	11(1)	4(3)	1	2	24(2)	52 (7)
1896	2(1)	8(2)	2(1)	9(1)	6(2)	1	7(2)	29(4)	64(13)
1897	0	13(1)	3(2)	8(1)	1.1)	2	6(2)	36(4)	69(11)
Summa	15(3)	30(4)	7(4)	32(4)	17(8)	5	19(5)	136(11)	261(39)

Zur Erklärung der Rubrik „verschiedene Ursachen."
1893: 2: a) Cystitis b, fieberhafte Eklampsie.
1894: 2: a) Thrombose der tiefen Beckenvenen und des Labium maj.
b) Subperiton. Ruptur des Uterus.
1895: 2: a) gonorrhoische Urethritis (daneben luetische Tonsillitis.)
b) Lochiometra.
1896: 7: Fünf fieberhafte Eklampsieen, eine Gonorrhoische Infektion, eine Cystitis.

1897: 6: Vier fieberhafte Eklampsieen, eine Beckenvenenthrombose, eine Uterusruptur.

Bei den nicht puerperalen Erkrankungen handelte es sich meist um Mastitis; dann um Angina faucium, Phlebitis, Thrombophlebitis, um Kompensationsstörungen bei Herzfehlern, Obstipationen mit sofortigem Fieberabfall nach der Stuhlentleerung, psychische Alterationen (einmalige Temperatursteigerung nach Aufregung u. s. w.) Von Infektionskrankheiten kamen vor: 1mal Typhus abdominalis, ein Fall von Morbillen (Exanthemeruption drei Tage a. p. Kind mit typischem Masernexanthem geboren). Ausserdem brach 1895 eine Influenza-Hausepidemie aus (sieben Fälle mit hohem Fieber), die die hohe Morbiditätszahl dieses Jahres (30,84%) mitverschuldete. — Im Jahre 1893 kamen zwei Fälle von hochfebrilem Erysipel bei Hausschwangeren vor, die ihren Ursprung wohl in einer Hausinfektion hatten, da in den vorhergehenden Jahren wiederholt derartige sporadische Fälle in der Klinik vorkamen. Das eine (J.-N. 83) war ein Erysipelas migrans, ante, intra, post partum bestehend: es blieb rein lokal. Das andere (J.-N. 69), ein Erysipelas faciei, war eine Übertragung des vorigen Falles und wurde intra graviditatem acquiriert und geheilt. Ein dritter Fall von Erysipelas faciei kam 1895 (J.-N. 136) vor. Beginn: d. 17. April. Gravida wurde nach der medizinischen Klinik verlegt, kam geheilt in unsere Anstalt zurück und machte am 6. Mai eine normale Geburt durch, an die sich ein fieberloses Wochenbett anschloss.

Im Jahre 1893 eine Kreissende mit Panaritium am Mittelfinger, Wochenbett fieberfrei. 1897 ein Fall von Chorea gravidarum mit phlegmonösen Entzündungen am Ellenbogen und an der grossen Zehe. Wochenbett subfebril. Der Prozess bleibt rein lokal.

Wir lassen diesen Mortalitäts- und Morbiditätsziffern einige Aufzeichnungen über die Zahl der nicht intra partum Untersuchten und der bei ihnen vorkommenden Temperatursteigerungen folgen. Alle Geburten, bei denen Kunsthilfe noch nach der Ausstossung der Frucht nötig wurde, sind fortgelassen.

	Zahl der Fälle	Puerp. Infektion subfebr.	febr.	Nicht puerp.	Summa
1893:	187	6	3	13 =	22
1894:	208	13	14	7 =	34
1895:	183	16[1])	7[1])	26 =	49
1896:	224	12[1])	11	26 =	49
1897:	274	26	6	8 =	40
	1076	73	41	80 =	194
					= 18,03%

Zunächst ergiebt sich hiernach, wenn wir noch drei Fälle von Auswärts- oder Selbstuntersuchten, die in obige Zusammenstellung der fieberhaft Nicht-Untersuchten nicht eingefügt sind, hinzurechnen, dass 1079 Kreissende von den 1831 in der Klinik Entbundenen (= 58,93%) nicht untersucht wurden. Die Ausnützung unseres Materials intra partum zu Unterrichtszwecken war also keine grosse. Es wurden zu inneren Untersuchungen mehr Schwangere als Kreissende benutzt. Dann aber scheint die hohe Procentzahl der fieberhaften Wochenbetten nach spontaner Geburt ohne interne Untersuchung intra partum (18,03% — davon puerperal infiziert 10,59%) dem Satze Leopolds (vergl. Untersuchungen über die Entbehrlichkeit der Scheidenausspülungen bei ganz normalen Geburten und über die sogenannte Selbstinfektion, Archiv für Gyn. Bd. 47, Pg. 580) durchaus Recht zu geben, dass „bei normalen

1) Je ein Fall von Gonorrhoe (spitze Condylome, reichlicher Fluor).

Geburten gesunder Gebärender durch desinfizierende Ausspülungen eher geschadet als genützt wird. Es zeigt sich dies nicht nur an der grösseren Zahl Fiebernder, sondern auch durch die grosse Häufigkeit des unruhigen Pulses in ihren Wochenbetten. Die Scheidenausspülungen sind daher bei ihnen unzweckmässig, ja geradezu nachteilig, weil fiebervermehrend."

Die Anschauung, dass in der Contactinfektion d. h. in der Hand des Untersuchers das Hauptmoment für die Entstehung der fieberhaften Wochenbetten liegt, ist jetzt wohl allgemein acceptiert. Schon Semmelweis, der Pfadfinder der geburtshilflichen Antiseptik, hatte daher in der Erteilung des Unterrichts eine grosse Gefahr für die Gebärenden gesehen. Nun ist aber, wie Hofmeier (Verhütung des Kindbettfiebers in den geburtshilfl. Unterrichtsanstalten) sich in Übereinstimmung mit den meisten klinischen Lehrern ausspricht, die gründliche Ausübung der inneren Untersuchung zum Unterricht für Anfänger absolut unentbehrlich und alle die vorgeschlagenen Ersatzmethoden, wie Untersuchung per rectum, sind minderwertige Surrogate. Die innere Untersuchung kann man also an Unterrichtsanstalten nicht einschräuken und es bleibt nur übrig, die Gefahr, die von seiten der einzelnen Untersucher der Kreissenden droht, soviel als irgend möglich zu verringern. Da ist nun vor allen Dingen nötig, zu wissen, wie die Gruppen der einzelnen Untersucher zu den Wochenbettsfiebern contribuieren, um dann vielleicht durch strengere Kontrolle der Desinfektion, durch etwaige Verteilung der geburtshilflichen und anatomischen Studien auf gesonderte Semester u.s.w. Remedur zu schaffen. Dohrn hat in seiner schon wieder-

holt erwähnten Arbeit auch dieser Frage sich zugewandt und eine Übersicht darüber gegeben, wie die einzelnen Unterrichtsanstalten, je nach ihrer Thätigkeit, zu den Mortalitätsziffern beisteuern. Die kleinsten Ziffern, allerdings auch schon doppelt so grosse als die Anstalten ohne Unterrichtsleistung, haben in dieser Zusammenstellung die Hebammenlehranstalten (1,13 %), die grössten (1,90 %) die Unterrichtsanstalten nur für Studierende. Dieses allerdings durch einen rückläufigen Schluss gewonnene Resultat definiert Dohrn im Semmelweisschen Sinne so, dass die Studierenden durch ihre Beschäftigung mit infektiösen Stoffen den Kreissenden viel eher gefährlich würden, als die Hebammenschülerinnen.

Auch wir haben die Frage nach der Gefahr, die der Kreissenden an einer Unterrichtsanstalt von dem einzelnen Untersucher droht, erwogen und bei der Aufstellung unserer jeden Fall buchenden Anfangstabellen den speziellen Untersucher berücksichtigt, um zu sehen, welches Kontingent an unserer doppelten Unterrichtszwecken dienenden Anstalt Studenten, Kursisten und Hebammenschülerinnen zu den fieberhaften Wochenbetten leisten. Die Mituntersuchung durch Anstaltsarzt und Hebamme haben wir dabei vernachlässigen müssen und konnten dies wohl auch mit einigem Rechte, da in beiden durch die dauernde geburtshilfliche Thätigkeit die „Desinfektionszucht“ fest wurzelt. — Die auswärts untersuchten Fiebernden sind in diesen Aufstellungen fortgelassen, ebenso Fälle, in denen gonorrhoische Infektion die Ursache der Temperatursteigerung sein konnte.

Untersuchungen von Studenten.

Jahr	Zahl d. Fälle	Nicht puerp. Inf.	Puerp. Inf.	Summa.
1893:	68	3	4 =	7
1894:	61	3	7 =	10
1895:	59	4	9 =	13
1896:	54	6	9 =	15
1897:	59	1	14 =	15
Summa:	301	17	43 =	60

60mal Temperatursteigerungen = 19,93 %, davon puerp. Inf. = 14,29 %.

Bei den fiebernden Fällen kam 13mal Kunsthilfe in Anwendung exkl. kleiner Eingriffe. Zwei Todesfälle. (Eklampsieen.)

Untersuchungen von Kursisten.

Jahr	Zahl d. Fälle	Nicht puerp. Inf.	Puerp. Inf.	Summa.
1893:	33	0	2 =	2
1894:	31	1	7 =	8
1895:	21	4	5 =	9
1896:	29	5	4 =	9
1897:	10	0	2 =	2
Summa:	124	10	20 =	30.

30mal Temperatursteigerungen = 24,19 %, davon puerp. Inf. 16,13 %.

Bei den fiebernden Fällen kam dreimal Kunsthilfe in Anwendung (exkl. kleiner Eingriffe). Ein Todesfall: fieberh. Eklampsie — Kunsthilfe.

Untersuchungen von Hebammenschülerinnen.

Jahr	Zahl d. Fälle	Nicht puerp. Inf.	Puerp. Inf.	Summa.
1893:	4	0	1 =	1
1894:	20	2	0 =	2
1895:	36	7	2 =	9
1896:	33	4	9 =	13
1897:	16	3	1 =	4
Summa:	109	16	13 =	29.

29mal Temperatursteigerungen = 26,60 %, davon puerp. Inf. 11,93 %.

Bei den fiebernden Fällen kam zweimal Kunsthilfe in Anwendung (exkl. kleiner Eingriffe). Keine Todesfälle.

Ausserdem sind noch 23 Fälle von Hebammenschülerinnen und Studenten zusammen untersucht; davon fieberten 5 = 21,74 %, darunter zwei puerp. Inf., = 8,70 %, darunter ein Todesfall: Sepsis.

Die Zahlen der beobachteten Fälle sind wohl zu klein und ungleich, um sie zu sicheren Schlüssen zu verwerten. Doch scheinen sie in ihren beschränkten Grenzen Dohrns Skala der Dignität des Untersuchers wiederzugeben. Die von Hebammenschülerinnen untersuchten Fälle haben allerdings die grösste Zahl fieberhafter Wochenbetten, doch die kleinste Zahl der vom Genitalapparat her fiebernden (11,93%). Die grösste Ziffer in Bezug auf puerperale Infektion haben die Kursistengeburten, deren Gesamt-Morbidität zwischen den beiden anderen Kategorieen liegt. Es ist dies eine Bestätigung der an Universitätskliniken vielfach beobachteten Thatsache, dass die von den Staatsexaminanden untersuchten Gebärenden fieberhafte Wochenbetten haben. Worin der Grund dafür liegt, ist schwer zu entscheiden. Vielleicht spielt eine gewisse Unruhe, unter der die Solidität der Desinfektion leidet, dabei eine Rolle. Vielleicht hat die Lockerung des Zusammenhangs mit der klinischen Disciplin ihren Anteil daran.

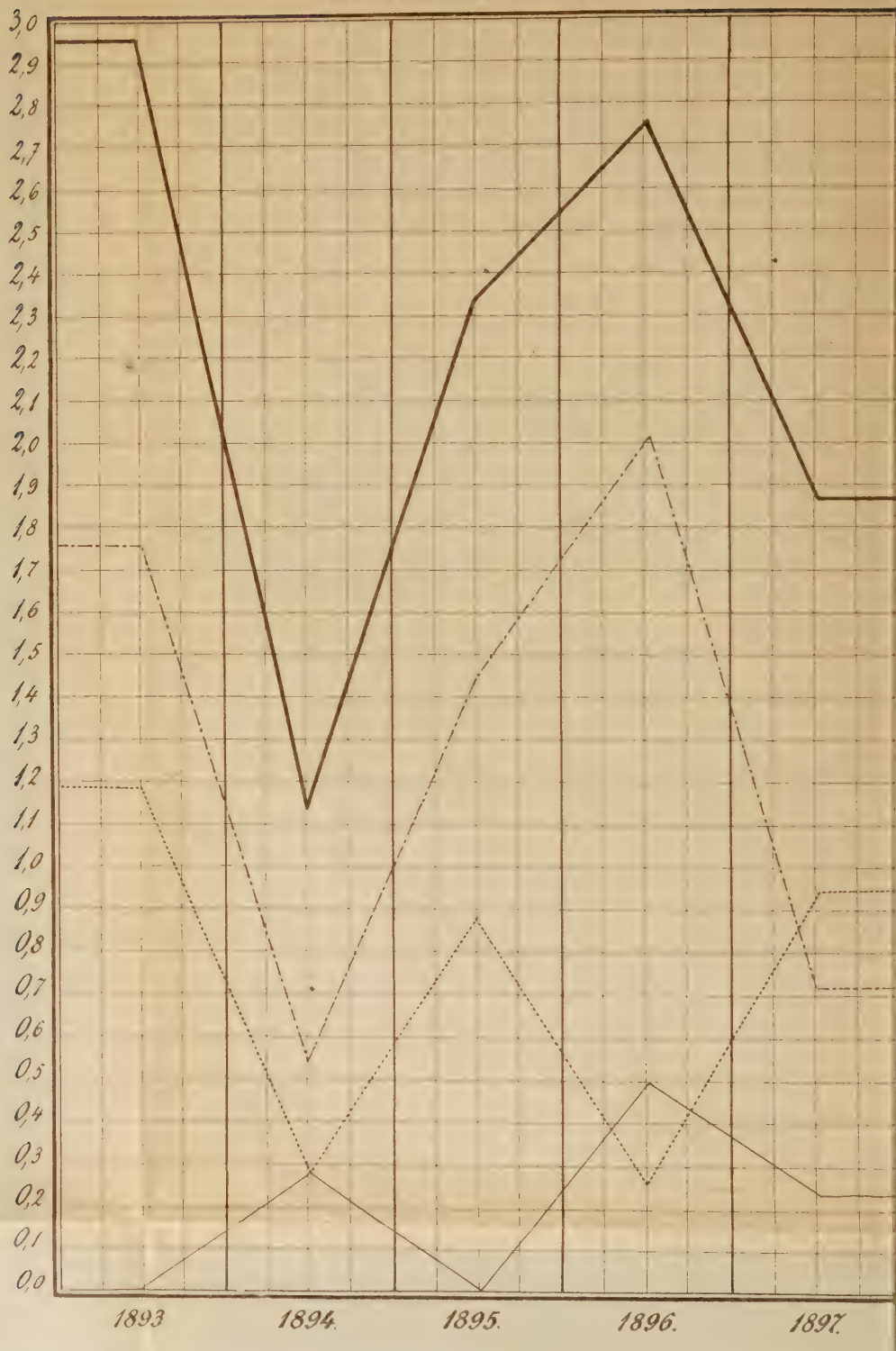
Die hohen Procentzahlen an fieberhaften Wochenbetten bei diesen Geburten sprechen in ihrer Gesamtheit dafür, dass die präliminare Scheidendouche auch auf den Verlauf des Wochenbetts innerlich Untersuchter einen günstigen Einfluss nicht besitzt, einen Satz, den Leopold in der oben erwähnten Arbeit auf Grund der Resultate vergleichender Versuchsreihen ebenfalls auf-

stellte. Die präliminare Scheidendouche κατ' ἐξοχήν, bei normalen Untersuchten und nicht Untersuchten ist wohl jetzt in den meisten Anstalten und unter der neuen Leitung von Prof. Dr. Winter auch an unserer Klinik als nutzlos aufgegeben. Selbst Ahlfeld, der sie einst warm befürwortete und verteidigte, lässt sie in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe unerörtert.

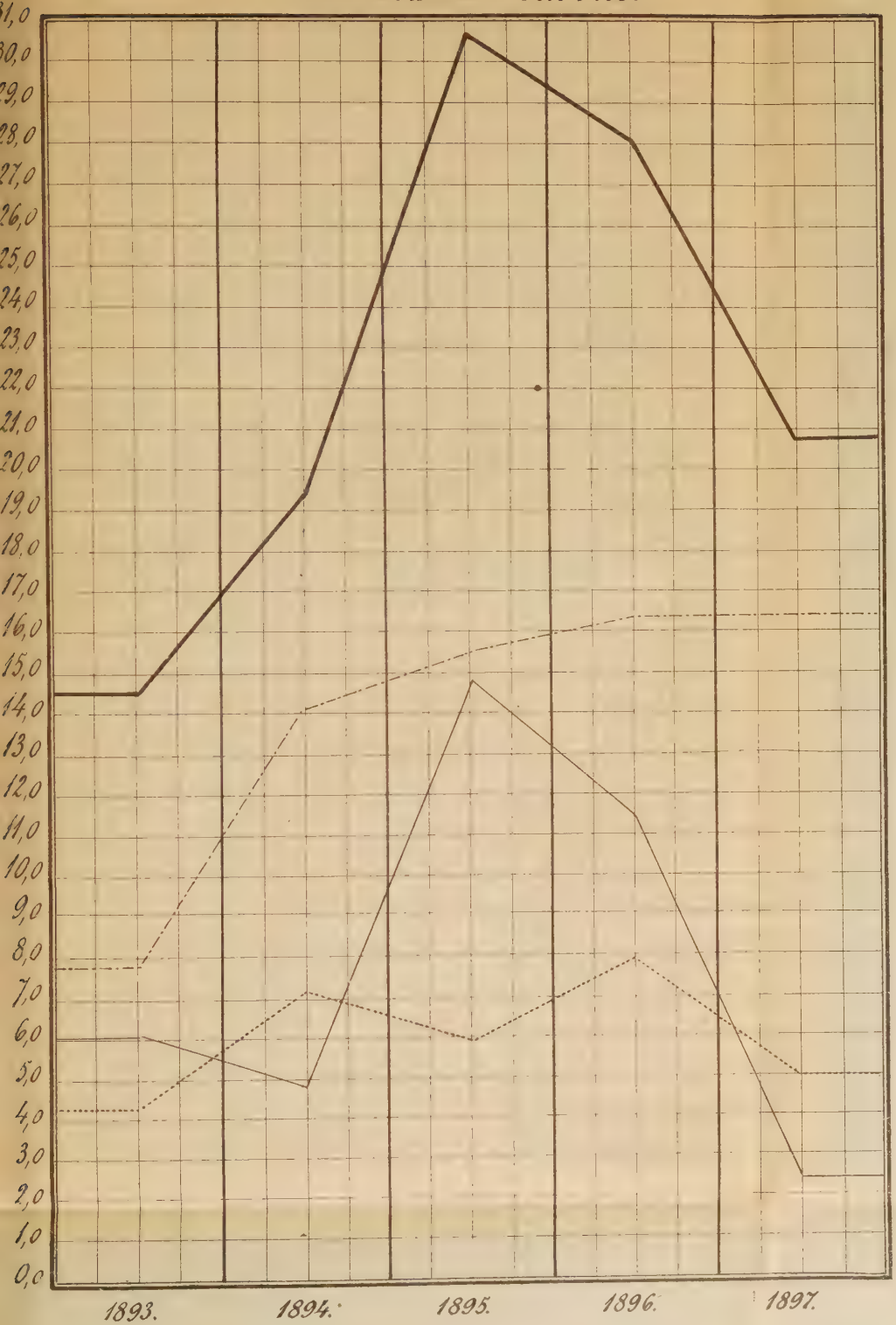
Zum Schlusse sage ich Herrn Prof. Dr. Winter für die Anregung zu dieser Arbeit und den freundlichst gewährten Rat bei der Abfassung derselben meinen aufrichtigen Dank.

Auch danke ich den Herren Assistenzärzten Dr. Stern und Dr. Hammerschlag, die mir bei der Sichtung meines Materials in liebenswürdiger Weise Auskunft erteilten.

Mortalitäts-Curven.



Morbiditäts-Curven.



Gesammt-Morbidität

Schwer puerperale Morbidität (39° incl. u. darüber)

Gesammt puerperale Morbidität

Extragenitale Morbidität.

Thesen.

1. Die präliminare Scheidendouche ist bei normalen Geburten eher schädlich als nützlich und ist daher zu unterlassen.

2. Die Inunctionscur hat bei der Lues zuerst beim Auftreten der Sekundär-Symptome zu beginnen.

Lebenslauf.

Ich, Curt Lachmanski, Sohn des Kaufmann Hermann Lachmanski, bin am 15. April 1872 zu Königsberg i. Pr. geboren.. Meine Schulbildung genoss ich bis zur Ober-Sekunda in dem Altstädtischen Gymnasium zu Königsberg i. Pr. und besuchte dann von Ostern 1891 das Königl. Gymnasiam zu Hohenstein in Ostpreussen. Ich erhielt an letzterem Gymnasium am 13. Februar 1893 das Zeugnis der Reife und studierte dann an den Universitäten Freiburg, München, Königsberg Medizin. Am 2. März 1895 bestand ich an der Universität Königsberg das tentamen physicum, am 23. Februar 1898 an derselben Universität das medizinische Staatsexamen, am 24. Mai 1898 das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich Vorlesungen und Curse bei folgenden Herren Professoren und Dozenten:

Angerer, Bauer, Baumann †, Berthold, Bollinger, Braun, Caspary, Cohn, v. Eiselsberg, v. Esmarch, Falkenheim, Grashey, Gerber, Hermann, Jaffé, Klaussner, Kuhnt, Lange, Lassar-Cohn, Lichtheim, Lossen, Lürssen, Meschede, Münster, Nauwerk, Neumann, Oppel, Pape, Posselt, v. Philippovich, Riehl, Rosinski, Schmaus, Schreiber, Stetter, Stieda, Tappeiner, Weismann, Wiedersheim, von Winckel, Zander, von Ziemssen.

Allen diesen meinen Lehrern sage ich meinen besten Dank.